

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ, ЛЕКАРСТВЕННО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ХОЛЕСТАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ, ПРОЛЕЧЕННЫХ МЕРКАЗОЛИЛОМ. ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

*Заливская И.Э., Янголенко В.В., Раков В. Н. Федорчук О. Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»,
УЗ « Витебская областная клиническая больница»*

Введение. Исследования тиреоидного статуса у больных с диффузным токсическим зобом, пролеченных цитостатиком мерказолилом ведет к улучшению клинической симптоматики диффузного токсического зоба вместе с тем общее состояние больного зависит от функции внутренних органов, в том числе и печени. Патогенитически необструктивный (внутрипеченочный) холестаз представляет собой мультифакторный процесс. Факторы, вызывающие холестаз, ведут к биохимическим нарушениям и повреждениям субклеточных структур с изменением метаболизма желчных кислот. Актуальность исследования состоит в следующем: возможности ранней диагностики внутрипеченочного холестаза у пациентов принимающих лекарственный препарат (цитостатик) одновременно учитывать возможность назначения холестатической терапии таким больным. В определении холестаза должны учитываться причина, локализация, длительность воздействия повреждающего фактора и степень вовлечения билирубина. Лабораторные параметры повреждения печеночных клеток (АлаТ, АсаТ) могут быть приписаны механизму развития основного заболевания и также могут развиваться в течении холестаз-зависимых гепатоцеллюлярных повреждениях. Многие лекарства могут

вызывать лекарственно-ассоциированный холестаз, в том числе и цитостатики. Как правило, проявления холестаза постепенно регрессируют после прекращения действия вещества или его элиминации.

Целью исследования является выявление биохимических маркеров внутрипеченочного холестаза у больных диффузным токсическим зобом, пролеченных мерказолилом.

Материалы и методы нами проанализированы 84 истории болезней пациентов с заболеваниями щитовидной железы за 2007-2008 год. Больные находились на обследовании и лечении в эндокринологическом отделении Витебской областной больницы. С целью выявления ранних признаков холестаза были определены следующие группы пациентов: пациенты с диффузным токсическим зобом - впервые выявленным -38, пациенты с диффузным токсическим зобом, пролеченных мерказолилом сроком от 6 месяцев до 3 лет-46.

Для всех пациентов с диффузным токсическим зобом учитывался возраст больных - в среднем 50-55 лет, анамнез больных - длительность заболевания, длительность лечения мерказолилом в дозе -15-30 мг в сут.; пол больного не учитывался. Для всех пациентов с диффузным токсическим зобом проводилось клиническое обследование для уточнения объективных признаков заболевания щитовидной железы (радиоиммунное исследование тиреоидного статуса, ультразвуковое исследование щитовидной железы, пункционная биопсия щитовидной железы). Для выявления синдрома холестаза у пациентов учитывались общеклинические исследования. При обследовании объективного статуса пациентов не выявлялось, из лабораторно-инструментальных исследований проводились исследования: биохимические печеночные пробы - АсАТ, АлаТ, билирубин; ультразвуковое исследование печени - только для исключения внепеченочного холестаза. Поскольку именно такие обследования широко применяются в практике врача. Все обследования проводились в момент поступления в стационар. Проведенные исследования отражены в таблице.

Таблица - Характеристика групп обследованных больных

		T4 МГК/100 мл	ТТГ мк/ме мл	Билирубин Мкмоль/л	АсАТ МЕ	АлаТ МЕ
Пациенты с ДТЗ, впервые выявленные	10 месяцев	37,91	0,23	12,04/1,7	32,28	24,85
Пациенты с ДТЗ, пролеченные мерказолилом	29/22 месяцев	44,99	0,13	14,46/4,6	56,07	46,15

- -длительность Б - длительность заболевания диффузным токсическим зобом
- -длительность Л- продолжительность лечения мерказолилом пациентов с ДТЗ

Результаты исследования. Повышение уровня трансаминаз (АлаТ, АсАТ) в 1,4-1,5 раз в сравнении с нормой у пациентов с диффузным токсическим зобом, прошедших курс лечения мерказолилом от 3 до 72 месяцев, в среднем 29 месяцев, свидетельствует о процессе цитолиза в печеночных клетках. Цитолиз печеночных клеток является основой холестатического процесса в гепатоцитах.

Выводы. На основании полученных результатов мы имеем возможность предполагать, учитывая анамнестические сведения- о длительном применении

цитостатика- мерказолил, наличие внутрипеченочного лекарственно-ассоциированного холестаза у группы пациентов с диффузным токсическим зобом, прошедших курс лечения мерказолилом и рекомендовать холестатическую терапию в умеренной дозировке одновременно с приемом мерказолила.

Литература:

1. Яковенко.Э.П Григорьев. П.Я Агафонова Н.А с соавт. Внутрипеченочный холестаз от патогенеза к лечению. Практикующий врач. 1998.№ 13 (2) С. 20-24
2. Яковенко Э П, Григорьев П. Я., Яковенко А. В. с соавт. Роль Гептрала в лечении хронических заболеваний печени с наличием внутрипеченочного холестаза РГМУ, Москва, Гепаталогия №4 2003
3. Капралов Н.В Диагностика болезней печени Минск 2008. Материалы конференции «Болезни печени актуальные вопросы диагностики и лечения». 12.12 2008 г